Département de médecine communautaire,
de premier recours et des urgences
Service de médecine de premier recours

L'ALCOOL EN MÉDECINE DE PREMIER RECOURS

Dr. Thierry Favrod-Coune[1]

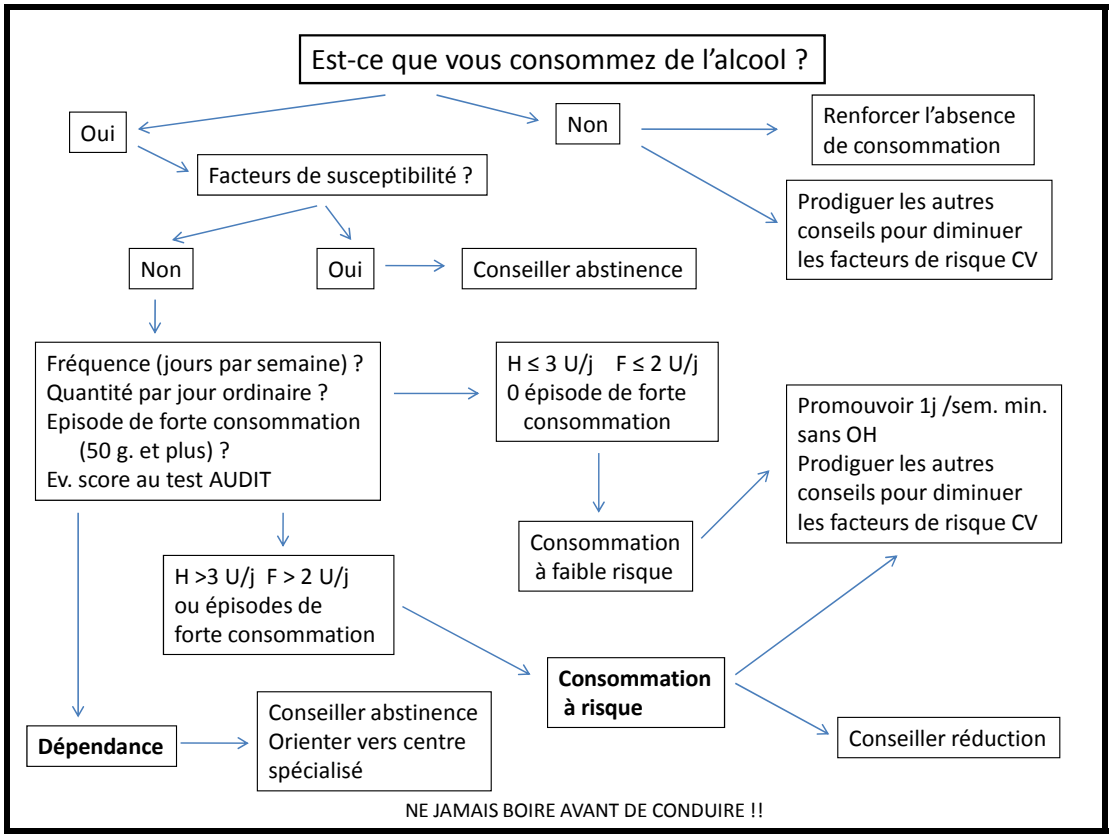
[1]Service de médecine de premier recours, HUG

Février 2015

LES POINTS A RETENIR

- Evaluer régulièrement les habitudes de consommation d'alcool chez tous vos patients, sachant qu'une consommation problématique concerne au moins 25% d'entre eux.
- Empathie, travail motivationnel, objectifs réalistes sont essentiels dans la prise en charge.
- En cas de consommation excessive d'alcool, une réduction doit être recommandée p.ex. avec un programme de consommation contrôlée (par ex. Alcochoix+).
- En cas de dépendance, le sevrage peut se faire en ambulatoire ou hospitalier ; un suivi régulier avec un travail en réseau est conseillé.

Algorithme [1]


Est-ce que vous consommez de l'alcool ?
Oui
Non
Renforcer l'absence de consommation
Facteurs de susceptibilité ?
Prodiguer les autres conseils pour diminuer les facteurs de risque CV
Non
Oui
Conseiller abstinence
Fréquence (jours par semaine) ?
Quantité par jour ordinaire ?
Episode de forte consommation (50 g. et plus) ?
Ev. score au test AUDIT
H ≤ 3 U/j F ≤ 2 U/j
0 épisode de forte consommation
Promouvoir 1j /sem. min. sans OH
Prodiguer les autres conseils pour diminuer les facteurs de risque CV
Consommation à faible risque
H >3 U/j F > 2 U/j
ou épisodes de forte consommation
Consommation à risque
Dépendance
Conseiller abstinence
Orienter vers centre spécialisé
Conseiller réduction
NE JAMAIS BOIRE AVANT DE CONDUIRE !!

1. INTRODUCTION

1.1 Population et consommation d'alcool

La consommation d'alcool est une pratique culturelle courante. La grande majorité de la population suisse a une consommation qui représente un faible risque pour la santé. Les abstinents représentent 17% de la population en Suisse,[2] tandis qu'on estime à environ 4% (300 000 personnes) les alcoolo-dépendants (figure 1). La consommation problématique d'alcool est associée à une morbidité et une mortalité importante. Le coût total (médical et social, direct et indirect) de l'alcool s'élève à plus de 6 milliards de francs en Suisse (6.2 milliards en 2007). [3]

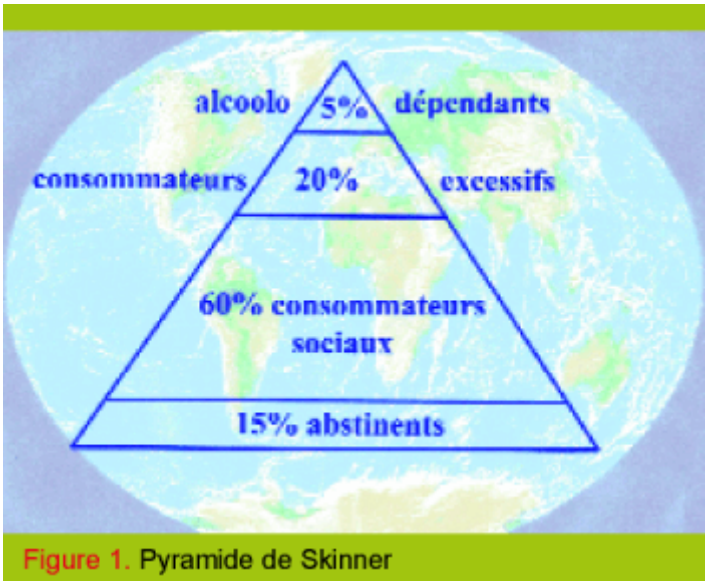


Figure 1. Pyramide de Skinner

Figure 1: répartition de la population en fonction du type de consommation d'alcool [4]

1.2 Fonction du médecin de premier recours

La place du médecin de premier recours vis-à-vis de la question de l'alcool est très privilégiée. En effet, c'est lui qui voit chaque année 85% de la population générale, qui consulte pour d'autres raisons, dont environ 25 % ont une consommation d'alcool problématique (figure 1). Son rôle est d'abord d'informer des risques liés à l'excès d'alcool et de repérer les patients avec une consommation problématique.
Une fois le repérage fait, le médecin œuvre à la prévention des complications liées à l'alcool. et cherche à prévenir 3 situations :

- la consommation inadaptée à la situation (p.ex. femmes enceintes, conduite de véhicules).
- la consommation ponctuelle excessive (ivresse) en particulier chez les jeunes.
- la consommation chronique à risque et la dépendance.

2. DEFINITIONS/CLASSIFICATION

2.1 La consommation à faible risque telle que définie par l'OMS

Recommandations OMS pour l'alcool	
Femmes	Hommes
- Max 2 verres standard par jour ou - 14 verres standard par semaine	- Max. 3 verres standard par jour ou - 21 verres standard par semaine
- Min 1 jour sans alcool par semaine	- Min 1 jour sans alcool par semaine
- Pas plus de 4 verres par occasion	- Pas plus de 5 verres par occasion
1 verre standard contient 10g. d'alcool Pas d'alcool dans les situations inadaptées (grossesse, travail,…)	

Tableau 1 : consommation d'alcool à faible risque

Le «paradoxe français »: une faible consommation d'alcool (1 verre par jour pour les femmes, 1 à 2 pour les hommes) peut produire un bénéfice pour la santé (cardio-vasculaire et probablement diabète surtout pour les femmes) chez les patients dès la 3^{e} ou 4^{e} décade. Cependant un bénéfice supérieur est obtenu par une alimentation équilibrée, la pratique d'activité physique et l'arrêt du tabac ; en outre, les risques potentiels sont élevés dès ces doses dépassées. Par conséquent, il n'est pas conseillé de proposer aux patients abstinents de boire ! Les doses auxquelles un bénéfice maximal est possible, et les différentes recommandations sont discutées dans un article récent de la Revue médicale suisse. [1]

2.2 Unités mesurant la quantité d'alcool pur et l'alcoolémie

En Europe, une unité standard (ou verre standard) contient 10 grammes d'alcool pur (éthanol) (figure 2).

Figure 2 : unités ou verres standards et quantité d'alcool

La teneur en alcool d'une boisson donnée est calculée en multipliant le degré d'alcool (en ° ou % de volume) par le volume en millilitre (puisqu'on souhaite un résultat en gramme) puis par la masse volumique de l'alcool (0.8).

Concernant l'alcoolémie, on l'estime en divisant la quantité totale d'alcool ingéré par la teneur en eau de l'organisme ; il s'agit de la formule de Widmark (cf. tableau 2). Le résultat est obtenu en pour mille ou en gramme d'alcool (sous entendu par litre).

Quantité d'alcool dans une boisson OH [g]= degré d'alcool [° ou %] x volume [mL] x 0,8 Formule de Widmark : OH ingéré [g] / poids [kg] x 0.7 (homme) ou x 0.6 (femme)

Tableau 2 : Contenu en alcool d'une boissons et Formule de Widmark

Pour plus d'exactitude dans l'estimation du taux d'alcool dans le sang, il faut encore déduire la quantité métabolisée par le foie, soit environ 0.15 pour mille par heure.

2.3 Groupes à risque

Les personnes suivantes sont particulièrement à risque et méritent une attention particulière.

- Personnes âgées (vulnérabilité augmentée liée au vieillissement, aux comorbidités et aux traitements).
- Enfants et adolescents qui sont plus sensibles (neuro- et psycho-développement) et ont un risque augmenté de développer plus tard une consommation problématique s'ils consomment précocement. Actuellement, les recommandations européennes seraient de ne pas consommer de l'alcool avant 25 ans ; cela semblant irréaliste dans nos sociétés, le consensus est de proposer d'éviter de consommer avant 16 à 18 ans.
- Femmes enceintes ou envisageant une grossesse.
- Personnes malades et en convalescence, en particulier les patients souffrant d'Hépatite B et C chroniques, ceux présentant des problèmes peptiques, pancréatiques ou les consommateurs de médicaments.
- Personnes présentant d'autres dépendances (**tabac**, opiacés, benzodiazépines, cocaïne, jeu de hasard et d'argent, …).

2.4 Consommation excessive

On peut distinguer :

- Ivresse ponctuelle ou excès épisodique: hommes : ≥ 5 verres, femmes : 4 ≥ verres standards par occasion.
- Consommation d'alcool inadaptée à la situation: consommation inadaptée à certaines situations, impliquant des risques (par ex. au travail, sur la route, pendant la grossesse, lors de la prise simultanée de médicaments, etc.).
- Consommation chronique à risque: au delà de 20 gr. d'alcool pur par jour pour les femmes et de 30 gr pour les hommes, ce qui correspond respectivement a 2 et 3 verres standards.

2.5 La dépendance : Alcoolo-dépendance

Le diagnostic selon le CIM-10 est posé lorsqu'au moins trois des critères suivants sont réunis durant 1 mois sur une durée d'une année: [5]

1. Un désir puissant de prendre de l'alcool (craving).
2. Une difficulté de contrôle.
3. Une tolérance (augmentation des doses).
4. Un syndrome de sevrage physique ou psychique (manque).
5. Une poursuite de la consommation malgré des conséquences négatives.
6. Une réduction des autres activités au profit de la consommation ou de la récupération.

2.6 L'effet immédiat de l'alcool

Chez les enfants, la consommation d'alcool peut conduire à la mort.

Les effets positifs et immédiats sont : sensation de chaleur, bien-être, détente, gaieté, envie de parler. Les effets négatifs de l'alcool sont plus tardifs et incluent une diminution de la capacité de discernement et une tendance à se surestimer. Les effets de chaque palier s'intensifient aux paliers suivants.

- 0,3 a 0,5 ‰: diminution de l'acuité visuelle et auditive, relâchement de l'attention, augmentation du temps de réaction, altération de l'esprit critique et de la capacité de jugement, augmentation de la prise de risques.
- dès 0,5 ‰: problème de vision nocturne, troubles de l'équilibre, désinhibition et surestimation de soi.
- dès 0,8 ‰: altération de la vision spatiale, vision tubulaire.
- 1,0 a 2,0 ‰ (ivresse): troubles du langage, troubles de l'orientation, confusion.
- 2,0 a 3,0 ‰ (torpeur): relâchement musculaire, troubles de la mémoire et de la conscience, vomissements.
- dès 3,0 ‰: baisse de la température et de la respiration, perte des réflexes, miction involontaire, coma, arrêt respiratoire et mort.

2.7 Les conséquences de la consommation d'alcool

Les maladies et accidents liés à l'abus d'alcool sont très nombreux. Les principales conséquences possibles sont listées en cliquant sur le lien (annexe II à mettre en lien hypertexte)

3. MANIFESTATIONS CLINIQUES: avoir un haut degré de suspicion

3.1 Facteurs de risque

Les facteurs de risque principaux sont l'anamnèse familiale, la présence de consommation d'autres substances ou dépendances et des difficultés psycho-sociales. Certains métiers sont à risque comme ceux de la restauration.

3.2 Anamnèse

On recherchera les éléments qui peuvent mettre la puce à l'oreille:

- Problèmes somatiques ou psychologiques: HTA, troubles digestifs, troubles de la mémoire et de la concentration, anxiété, dépression, tr. du sommeil, chutes…
- Evènements sociaux : problèmes et absentéisme professionnels, légaux et familiaux, …

Par ailleurs, il est utile de connaître des questionnaires permettant de dépister une consommation problématique d'alcool :

- **CAGE** (acronyme anglais), **ACME** en français,[6] est un questionnaire de dépistage rapide. La sensibilité du test pour repérer une consommation problématique d'alcool (consommation excessive et dépendance confondus) est de 63% et la spécificité de 91% en cas de 2 ou plus de critères positifs. En raison de sa sensibilité modérée, il est conseillé de compléter ce test par une anamnèse plus poussée ou un autre test plus complet (AUDIT) dès une seule réponse positive. Avec ce seuil, la sensibilité s'élève à près de 90% mais sa spécificité diminue à 52%. Un inconvénient de ce test peut être l'aspect « intrusif » des questions et le risque de faire émerger des défenses contre-productives chez le patient (qui pourrait se sentir confronté et jugé par ces questions).

    - **A**rrêter: Avez-vous déjà ressenti le besoin d'arrêter de consommer de l'alcool?
    - **C**oupable: Vous êtes-vous déjà senti coupable vis-à-vis de votre consommation?
    - **M**atin: Avez-vous déjà bu de l'alcool le matin pour mieux vous réveille?
    - **E**nnuyé: Avez-vous déjà été ennuyé par des critiques de vos proches?

- **AUDIT** (**A**lcohol **U**se **D**isorder **I**dentification **T**est),[7] questionnaire long, validé par l'OMS comme auto-questionnaire, dont la sensibilité s'élève à 85 % et la spécificité à 90 %). Il permet de *dépister* les consommateurs en trois groupes :

  - consommateurs à faible risque (modérés)
  - consommateurs excessifs : ≥7 points pour et ≥ 8 pts pour, et
  - alcoolo- dépendants : ≥ 13.

  C'est un bon outil d'aide au diagnostic et il permet d'ouvrir la discussion sur la place que l'alcool prend dans la vie (http://www.stop-dependance.ch/alcool/AUDIT/).

- **ASSIST**, questionnaire OMS également utile pour dépister la consommation de toutes substances, pas très utile en l'absence d'autre consommation que l'alcool. (http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_french.pdf)

3.3 Symptômes et signes

Les symptômes reposent essentiellement sur l'anamnèse de consommation, et des éventuelles conséquences (fatigue, angoisse, dysthymie, troubles digestifs, manque de libido). Il est primordial d'établir une relation de confiance avec le patient, et donc de croire ce qu'il dit. Toutefois, les quantités déclarées doivent faire l'objet d'une évaluation critique du médecin, en raison de la possibilité d'un déni ou d'une minimisation.

En cas de consommation problématique, l'examen clinique peut montrer, avec une fréquence variable, les signes suivants : un érythème faciale et palmaire, une hypertrophie des parotides, un tremblement fin des extrémités des membres supérieurs, une sudation, un foetor alcoolique, une tuméfaction du visage, une logorrhée, une tachycardie, une HTA, des troubles de l'équilibre, une mauvaise dentition, une hépatomégalie, une circulation collatérale, une polyneuropathie des membres inferieurs, une maladie de Dupuytren, un rhinofima…

4. DIAGNOSTIC

4.1 Examens complémentaires biologiques

Ils peuvent dans certaines situations renforcer une impression clinique de consommation chronique excessive, mais ne permettent jamais de poser de diagnostic à eux seuls.

- GGT = gamma glutamyl transferase (sensibilité 60 %, spécificité 60 %), augmente dès 60-70 g. d'alcool par jour, durant au moins 15 jours, diminue de moitie tous les 10 jours, la performance du test augmente si associé à la CDT.
- CDT = Carbohydrate Deficient Transferrin, synthétisée par le foie, par contre la consommation d'alcool augmente les formes de transferrine portant peu d'acide sialique. Cela dès 50g. par jour, elle se normalise avec l'abstinence. Sensibilité moyenne (env. 80% chez l'homme, 60% chez la femme) et spécificité (env. 90 %) haute. Toutefois, la CDT peut aussi être augmentée dans toutes les hépatopathies, chez les femmes enceintes, ou en cas d'insuffisance rénale ; il existe aussi des faux négatifs (variante génétique de la transferrine ou du métabolisme des glycoprotéines).
- MCV = volume corpusculaire érythrocytaire moyen (sensibilité 25 %, spécificité 90 % en l'absence de carence vitaminique), pas d'augmentation en cas d'alcoolisation aigue, en général il faut plus de 100g. par j. pendant 3 mois pour le faire augmenter, revient à la normale en plusieurs mois.
- L'éthanol urinaire est un test uniquement qualitatif, qui reste positif durant 2 à 3 jours.

Un éthylotest ou une alcoolémie peut toujours être faite en cas de déni du patient. Toutefois, ces examens devront toujours être précédés d'explication auprès du patient. Le but n'est nullement de le piéger mais de favoriser le dialogue autour de l'alcool.

4.2 Critères diagnostics

Une fois le problème repéré, l'étape suivante consiste à poser le diagnostic et notamment à différentier les consommateurs excessifs des dépendants.

- Les consommateurs excessifs dépassent les limites de la consommation modérée (ou à faible risque), mais ne présentent pas de dépendance. Ils se séparent entre
  - consommateurs *à risque* s'ils n'ont jamais eu de conséquences négatives
  - consommateurs *à problèmes* dans le cas contraire (cela correspond au diagnostic d'*abus d'alcool*).
- Les dépendants ont des symptômes correspondants aux critères décrits dans la CIM-10: cf. ci-dessus. Il existe 2 types de dépendances à l'alcool parmi celles décrites par Jellinek [8] :
  - le type continu (pour éviter le sevrage physique)
  - intermittent (dipsomanie, « binge drinking »).

Il convient aussi de rechercher aussi les conséquences de la consommation d'alcool chez les alcoolo-dépendants.

5. PRISE EN CHARGE

Une revue récente (2013) en résume les principaux points.[9]

5.1 Style d'entretien

D'une façon globale, l'approche motivationnelle est le style à adopter en consultation. Il s'agit plus qu'un ensemble de techniques de communication d'une façon d'être *avec* et *pour* le patient.[10,11] Le soignant reçoit le patient où il en est, sans jugement, de façon bienveillante et en étant centré sur ce dernier.

A partir de là, le contenu de l'intervention va varier selon le stade motivationnel du patient, qu'il s'agit de déterminer (figure 3). [12] On peut aussi analyser l'état de motivation d'un patient en s'intéressant :

- à l'importance du changement,
- à la confiance de pouvoir y parvenir, et
- au moment (adéquat ou pas). On demande au patient de coter chacun de ces trois points entre 0 et 10.

Les patients dans les stades les plus précoces (pré-contemplation et contemplation) reçoivent essentiellement de l'information, un conseil et une offre d'aide, par exemple en utilisant l'intervention brève.[13,14]

Pour les patients indéterminés (contemplation, préparation), marqués par l'ambivalence, le principal contenu sera motivationnel. Pour rappel, les 4 principes de l'approche motivationnelle sont, dans un climat collaboratif :

1. Faire preuve d'empathie.
2. Augmenter l'auto-efficacité (la confiance en soi, en se basant sur les ressources du patient).
3. Développer la divergence (entre ce que le patient fait et ce qu'il souhaite).
4. Rouler avec la résistance (ne pas contre-argumenter lorsque le patient parle en défaveur du changement).

Pour les patients décidés (préparation, action), il s'agit de soutenir la motivation et surtout de trouver avec le patient les façons d'atteindre ses objectifs (stratégies, traitement du sevrage, addictolytiques, prévention de la rechute).

La rechute n'est à considérer ni comme une fatalité ni comme une catastrophe. En cas de rechute, les stratégies de prise en charge vise à déculpabiliser, soutenir, rassurer le patient, utiliser la rechute comme une occasion d'apprendre et chercher des stratégies pour tenter d'éviter les suivantes.

Le déni est une situation particulière, où le patient se ment à lui-même parfois, ou ne veut (peut) pas accepter la réalité. Viser avant tout à créer un lien de confiance, et maintenir le patient en suivi. Ensuite, tenter de ramener le patient dans la réalité, en le confrontant doucement aux incohérences de la situation (alcoolémies positives, tests du foie perturbés, évidence de problèmes liés à la consommation, etc.). Toujours expliquer au patient que cela s'inscrit dans la relation d'aide (et non pour le piéger, etc.). En cas de déni, l'entretien de proche est souvent très utile.

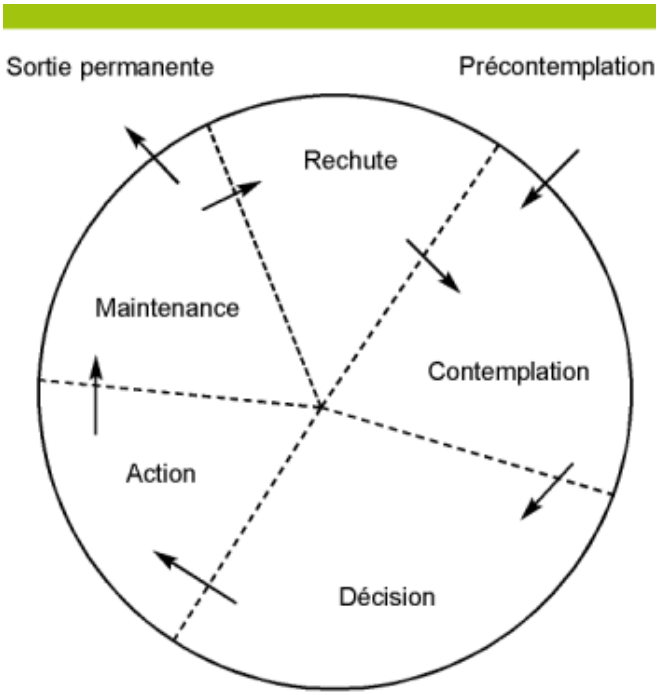


Figure 1. Stades de préparation au changement selon Prochaska et Di Clemente

Figure 3 : stades motivationnels selon Prochaska & Di Clemente, tiré de [15]

5.2 Prise en charge

- Généralités :

Créer le lien thérapeutique et suivre régulièrement les patients avec problème de substance représentent les 2 points cardinaux.

- Pour les patients souffrant d'une consommation excessive (ou d'une dépendance légère et récente), l'objectif est de ramener la consommation à un niveau de risque bas. Le point clé est de restituer au patient la responsabilité du choix et de l'informer, sur les conséquences négatives de l'alcool (personnalisées), sur la consommation à bas risque, sur les effets positifs de la réduction de la consommation, sur les possibilités d'aide, en particulier Alcochoix+.
- Pour les patients souffrant de dépendance l'objectif est double : limiter les conséquences négatives de l'alcool en modifiant la consommation (consommation contrôlée ou réduction des méfaits) et, si possible, atteindre l'abstinence qui reste la solution de référence (la moins risquée et la plus efficace) en cas de dépendance. La prise en charge sera adaptée au patient: proposer l'abstinence sans la prôner ; suivre le patient régulièrement au moins 2 ans.

- **Contrôle de la consommation :**

Ce contrôle de la consommation peut être réalisée en consultation ou avec un programme structuré, p.ex. Alcochoix+ (www.alcochoix.ch). Les ingrédients communs sont l'auto-observation, le repérage des situations à risque et la recherche de stratégie pour atteindre les objectifs du patient, à définir précisément (nb de jour de consommation par semaine ou

mois, nb d'unité par semaine, nb maximal d'unité par jour). L'équilibre global du patient est également important pour aider le patient à atteindre ses objectifs.

- **Abstinence**

Peut être considérée comme la séquence suivante :
Sevrage ⇒ Prévention de rechute ⇒ Adaptation à la vie sans alcool.

- **Sevrage**

Le sevrage est **une urgence médicale ; il peut être létal**. Il dure de 3 à 10 jours. Ses symptômes cardinaux sont : agitation psycho-motrice, anxiété, insomnie, tremor, sudations, tachycardie, hypertension ; puis hyperthermie, délire, convulsions.
Le sevrage peut se faire en ambulatoire ou en hospitalier et implique un suivi régulier aux 2-3 jours. Le traitement consiste en une vitaminothérapie pour 3 semaines : vitamine B1 3 x 100 mg/j et le traitement des symptômes: oxazepam à doses adaptées, de 60-200 mg en 4 à 6 prises par jour, en doses dégressives (20% par jour) ou encore mieux selon le score de sevrage évalué par le questionnaire standardisé CIWA.[16] (annexe III transformée en lien pdf).
Les contre-indications à pratiquer un sevrage ambulatoire sont résumées dans le tableau 3.[17]

Absolues Comorbidités somatiques ou psychiques importantes Antécédents de sevrage compliqué (crises convulsives ou delirium tremens) Prise importante de benzodiazépines
Relatives Echecs de tentatives ambulatoires ou souhait du patient Difficultés d'adhérence ou de collaboration du patient Isolement social, Epuisement de l'entourage

Tableau 3 : Contre-indications au sevrage ambulatoire

- **Prévention de rechute**

Les 3 premiers mois d'abstinence sont les plus fragiles et le travail de prévention de rechute est essentiel. Il s'agit d'utiliser des techniques cognitivo-comportementales consistant à repérer les situations à risques et d'y adapter des stratégies (y compris l'évitement au début). Les efforts et les progrès du patient sont valorisés.
Le suivi médical doit être régulier et s'intensifie dans les périodes plus difficiles pour le patient. Les traitements pharmacologiques participent au maintien de l'abstinence. Le support des groupes d'entraide est réputée très utile, toutefois pas encore démontrée sur le plan scientifique.[18]

- **Adaptation à la vie sans alcool**

Il s'agit pour le patient de retrouver un équilibre (physique, psychique, social). Durant cette étape, la prévention de rechute se poursuit et s'accompagne d'un travail en réseau (avec l'accord du patient) incluant proches, médecins, assistant social, éducateur, etc. Le patient peut également bénéficier d'approches qui peuvent l'aider à s'adapter à la vie sans alcool, comme la relaxation, la sophrologie, la méditation, les activités de la Croix Bleue, etc…

- **Réduction des méfaits**

Pour un patient dépendant qui n'est pas prêt à changer, on tentera un maintien en soin et une diminution des conséquences négatives de la consommation, tant sur le plan sanitaire que social. Une réduction même modeste chez des grands consommateurs peut prévenir parfois d'importantes conséquences somatiques (p.ex. une cirrhose).

- **La veisalgie** (gueule de bois)

La veisalgie se manifeste par des symptômes typiques : nausées, céphalées, vertiges. Le corps manque de liquide et de sels minéraux, qui sont éliminés dans l'urine, et l'acétaldéhyde produit par le métabolisme de l'alcool est souvent incriminé.
Le traitement repose sur d'une part la reconstitution hydro-électrolytiques : eau minérale, jus de fruits, bouillon, et d'autre part, le traitement des symptômes : paracétamol (mais risque hépatique) ou aspirine (mais risque gastrique), antiémétique, pansement gastrique ou antiacide, un antispasmodique.
Les mesures générales suffisent souvent : apport d'eau et de sels minéraux, activation de la circulation du sang (air frais, activité physique modérée). Eviter toute nouvelle prise d'alcool, les fortes chaleurs, les importants efforts physiques, et les aliments lourds ou gras.

5.3 Groupes et programme d'entraide

Groupes de l'unité des dépendances du service de médecine de premier recours, HUG à Genève :

- **Groupe d'entraide et de soutien :** Les lundi de 17h30 à 18h30. 26, r. Goetz-Monin. Animé par L. Dester, le groupe est libre et gratuit, ouvert à tous (en consommation ou non).
- **Groupe d'aide au maintien de l'abstinence** : Les mardi de 12h30-13h30 : Hôpital de Beau-Séjour dans la Petite Salle. Animé par F. Grondin, Infirmière de l'unité.
- **Groupes du Service d'Addictologie** au CAAP, 70c r. Grand-Pré, 022 372 57 50.
- **Groupes AA** : renseignements 0848-848-846 (http://www.aasri.org/index.php/fr/).
- **Groupes Croix-Bleue** : renseignements au 022 320 41 00 (www au.croix-bleue.ch/alcool/dependance/suisse/croix-bleue-genevoise-1.html).

5.4 Traitements pharmacologique addictolytiques

Ce sont des traitements qui aident à diminuer l'envie (ou l'appétence) pour l'alcool, à prescrire uniquement si l'on en a l'expertise ou sous supervision :[19,20]

- **Acamprosate (Campral®) :** 2 cp de 300 mg 2x/j si < 60 kg, 3x/j si > 60 kg, durant 3-12 mois. Agoniste GABA – Antagoniste Glutamate, il agit comme calmant léger. N'est utile qu'en cas d'abstinence. Sans contre-indication (sauf allergie). Effets indésirables possibles digestifs (douleurs, diarrhées).

- **Naltrexone (Naltrexin®) :** ½ à 1 cp de 50 mg 1x/j durant 6 mois.
  Antagoniste des opiacés diminuant l'appétence pour l'alcool et le plaisir subjectif d'en consommer. Utile pour l'abstinence ou la consommation contrôlée.
  Interdit avec des opioïdes. Contre-indiqué en cas de cirrhose Child B et C. Porter une carte de traitement (en cas d'accident).

- **Nalmefene (Selincro®) :** Un nouvel antagoniste des opiacés, introduit dans la Communauté Européenne pour la dépendance à l'alcool, qui devrait avoir une bien meilleures tolérance que la naltrexone, disponible en Suisse depuis fin 2014. [21]

- **Disulfiram (Antabus®) :** 1 cp de 400 mg 1x /j pendant 3 j, puis 1/2 cp de 400 mg 1x/j ou 1 cp 1x 3x/sem. Antagoniste de l'acétaldéhyde déshydrogénase : interdiction stricte d'ingestion d'alcool (attention à la phytothérapie ou remède homéopathique contenant de l'éthanol). Peu d'évidence dans les grandes séries. Sur demande des patients ou en dernier recours. Contre–indiqué en cas d'hépatite biologique. Transaminases avant le début et durant le traitement.

- **Baclofen (Lioresal®) :** L'agoniste GABA-B baclofen, myorelaxant, peut-être utilisé comme addictolytique en prescription « Off-label » jusqu'à la dose reconnue par Swissmedic (75 mg/j. en ambulatoire). La dose de départ est de 3 x 5 mg/j, à augmenter de la même quantité tous les 3 jours. Ce médicament a de nombreux

effets indésirables (vertiges, somnolence, …) et doit pour l'instant être prescrit en cas d'échec des traitements décrits ci-dessus. Il vient de recevoir une autorisation temporaire pour la dépendance à l'alcool en France. Prescription uniquement après discussion avec un spécialiste et après avoit fait signer le patient un consentement.

5.5 Suivi psychiatrique conjoint:

Plus de la moitié des patients alcoolo-dépendants ont une comorbidité psychiatrique (troubles dépressifs, troubles anxieux, troubles de la personnalité, trouble de déficit de l'attention et hyperactivité). Ces troubles sont à prendre en charge. Il est possible de faire appel à un psychiatre pour un suivi conjoint. Le diagnostic ne devrait être posé qu'après une abstinence minimale d'un mois (effet anxio-dépressiogène puissant de l'alcool).

5.6 Risque suicidaire et violence

Il est important de :

- Informer les patients sur le risque augmenté avec la consommation d'alcool d'accident, de violence agie ou subie et d'idées suicidaires (5% des alcoolo-dépendants vont se suicider).
- Interroger sur la présence d'idée suicidaire, sur la présence de violence (à domicile, au cours de sorties).

En cas de besoin à Genève, ne pas hésiter à contacter l'Unité de la violence aux HUG 022 37 29 641.

5.7 Autres addictions

De nombreuses autres addictions, avec ou sans produit, peuvent coexister avec la problématique d'alcool et sont à prendre en charge, par exemple : benzodiazépines, tabac, cannabis, cocaïne, héroïne, jeux, sexe, cyberaddiction.

Au sein des HUG, il est possible de faire appel à l'unité des dépendances au SMPR pour avis ou une prise en charge conjointe d'un patient, ou au Service d'Addictologie en cas de comorbidité psychiatrique.

6. REFERENCES

1. Pache S, Broers B, Favrod-Coune T. Comment y voir clair face à toutes les recommandations relatives à la consommation d'alcool ? Revue Médicale Suisse 2012 ; 8 : 1831-5.
2. ISPA (2009). Chiffres calcules sur la base de l'Enquête suisse sur la santé 2007.
3. Sylvie Fueglister-Dousse, Claude Jeanrenaud, Dimitri Kohler, Joachim Marti. Coûts et bénéfices des mesures de prévention de la santé : Tabagisme et consommation excessive d'alcool. Rapport final. Institut de recherches économiques IRENE. Neuchâtel, 2009.
4. Beyeler Y, Gache P. Alcool au cabinet médical. Un kit de survie pour le praticien. Rev Med Suisse 2007 ; 3(118):1677-81.
5. Classification Internationale des Maladies. CIM-10/ICD-10. OMS 1992. Paris: Masson.
6. Steinweg DL, Worth H. Alcoholism: The keys of the CAGE. Am J Med1993; 94: 520-523.
7. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De La Fuente J, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) Addiction 1993; 88: 791-804.
8. Jellinek EM. The disease concept of alcoholism. New Haven, Hillhouse Press,1960.
9. Friedmann PD. Clinical practice. Alcohol use in adults. NEJM 2013 ; 368(4): 365-73.
10. Krahenbühl B. La force de l'autre. Ou l'entretien de motivation avec la personne alcoolique. Med et Hyg 1993 ;51: 2263-6
11. Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement. InterEditions 2006, 241p.
12. Prochaska JO, Di Clemente CC. Stages and processes of self change in smoking towards an integrative model of change. J Consulting and Clinical Psychology 1993; 51: 390-95.
13. http://www.fosumos.ch/praxis-suchtmedizin/images/stories/pdf/Guide_interventionbrève.pdf
14. Saitz R, Alford DP, Bernstein J, Cheng DM, Samet J, Palfai T. Screening and brief intervention for unhealthy drug use in primary care settings: randomized clinical trials are needed. J Addict Med 2010; 4(3): 123-30.
15. Berdoz D, Michaeli Conus K, Daeppen JB. «Combien de fois il faut que je vous dise...». Quelques pistes données par l'entretien motivationnel. RMS 2005 ; 38 : art 30728.
16. Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo CA, Sellers EM. Assesment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessement for alcohol scale (CIWA-Ar). Br J Addict 1989; 84: 1353-7.
17. Yersin B, Pilet F. Syndrome de sevrage alcoolique : Prise en charge ambulatoire par le médecin praticien. Rev Med Suisse romande 1998; 118: 777-781.
18. Ferri M, Amato L, Davoli M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3. Art. No.: CD005032. DOI: 10.1002/14651858.CD005032.pub2
19. Gache P, Siegrist G. Les traitements médicamenteux de l'alcoolodépendance. Rev Med Suisse romande 1998; 118: 767-769.
20. Schukit et al. Alcohol-use disorders. Lancet, 2009; 373: 492-501.
21. Karhuvaara S, Simojoki K, Virta A, Rosberg M, Löyttyniemi E, Nurminen T, Kallio A, Mäkelä R. Targeted nalmefene with simple medical management in the treatment of heavy drinkers: a randomized double-blind placebo-controlled multicenter study. Alcohol Clin Exp Res. 2007; 31(7): 1179-87.
22. Daeppen JB, Gache P, Landry U, Sekera E, Schweizer V, Gloor S, et al. Symptoms triggered vs fixed-schedule doses of benzodiazepine for alcohol withdrawal: a randomized treatment trial. Arch Intern Med 2002; 162: 1117-21.

Sites internet :

- www.addictionsuisse.ch
Addiction Suisse (Ancien ISPA) : chiffres et états des lieux en Suisse, documents utiles.
- http://fegpa.carrefouraddictions.ch/a-qui-s-adresser-fegpa.html
Fédération Genevoise de Prévention de l'alcoolisme et Réseau Genevois (FEGPA et REGAD)
- www.alcochoix.ch

- www.croix-bleue.ch

Date de la première édition : 25 avril 1997 par B. Krahenbühl.
Modifications : 3 janvier 2001 par E. Sekera, P. Gache et H. Stalder.
6 decembre 2002 par P. Gache, E. Sekera et H. Stalder.
Octobre 2010 par S. Sigam Nzo, V. Leuenberger, S. Haaz.

Pour tout renseignement, commentaire ou question : marie-christine.cansell@hcuge.ch

Annexe II : Conséquences de la consommation d'alcool

	Fraction attribuable		Nombre de décès dus à l'alcool		
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Total
Cancer	**12 %**	**6 %**	**11 197**	**4 003**	**15 200**
Bouche	75 %	36 %	951	178	1 129
Pharynx	86 %	49 %	1 842	172	2 014
Œsophage	84 %	53 %	2 860	467	3 327
Côlon et rectum	30 %	9 %	2 949	750	3 699
Foie	30 %	9 %	1 850	201	2 051
Larynx	60 %	24 %	745	35	781
Sein		18 %		2 199	2 199
Maladie cardiovasculaire	**14 %**	**3 %**	**9 523**	**2 710**	**12 233**
Maladie hypertensive	46 %	15 %	1 420	866	2 286
Cardiopathie ischémique	5 %	– 3 %	938	– 529	409
Cardiomyopathie alcoolique	100 %	100 %	74	10	84
Arythmie cardiaque	53 %	22 %	2 250	1 366	3 615
AVC hémorragique	48 %	8 %	3 704	827	4 531
AVC ischémique	19 %	2 %	1 050	150	1 200
Varices œsophagiennes	100 %	100 %	88	20	108
Maladies digestives	**45 %**	**20 %**	**5 627**	**2 145**	**7 772**
Gastrite alcoolique	100 %	100 %	0	0	0
Maladie alcoolique du foie	100 %	100 %	3 543	1 317	4 860
Hépatite chronique sans precision	100 %	100 %	15	10	25
Fibrose et cirrhose du foie	100 %	100 %	1 684	767	2 451
Cholélithiase	47 %	– 10 %	– 51	-19	– 70
Pancréatite	74 %	17 %	438	71	509
Autres maladies			**3 441**	**634**	**4 075**
Diabète de type 2	21 %	-4 %	638	– 143	494
Encéphalopathie de Wernicke	100 %	100 %	6	4	10
Maladies mentales dues à l'alcool	100 %	100 %	2 251	608	2 859
Dégénérescence du système nerveux	100 %	100 %	75	26	101
Epilepsie et mal épileptique	53 %	18 %	459	137	596
Polynévrite alcoolique	100 %	100 %	12	4	16
Causes externes	**25 %**	**18 %**	**5 545**	**2 609**	**8 154**
Total causes précisées attribuables à	13 %	5 %	35 334	12 101	47 435
Causes inconnues ou mal précisées	16 %	5 %	1 250	363	1 613
Mortalité totale attribuable à l'alcool	**13 %**	**5 %**	**36 584**	**12 465**	**49 048**

Source: Guérin S, Laplanche A, Dunant A et Hill C. Alcohol-attributable mortality in France. Eur J Publ Health, online March 4, 2103.

Annexe III : protocole CIWA - SCORING DE SEVERITE DU SYNDROME DE SEVRAGE ALCOOLIQUE (CIWA-Ar)[22]

Contre indication :
- Antécédents de delirium tremens
- Antécédents de crises convulsives généralisées et notamment en période de sevrage
- Antécédents de sevrages difficiles
- Dépendance aux benzodiazépines

SCORING DE SEVERITE DU SYNDROME DE SEVRAGE ALCOOLIQUE (CIWA-Ar)

Nom du patient : ..... Date : ..... Heure : .....

FC : ..... TA : .....

Nausées et vomissements . Demander « Vous sentez-vous mal ? Avez-vous vomi ? ». Observation.
0 pas de nausées, pas de vomissements
1 nausées légères, sans vomissements
2
3
4 nausées intermittentes avec efforts de vomissement
5
6
7 nausées constantes, avec efforts de vomissement et vomissements fréquents

Trémor. Bras tendus et doigts écartés. Observation.
0 pas de trémor
1 trémor non visible mais perceptible au contact du bout des doigts
2
3
4 trémor modéré, bras en extension
5
6
7 trémor sévère, même avec bras non-tendus

Transpiration. Observation.
0 pas de transpiration visible
1 transpiration à peine visible, mains moites
2
3
4 pertes de transpiration visibles sur le front
5
6
7 transpiration profuse

Anxiété. Demander : « Vous sentez-vous nerveux ? ». Observation.
0 pas d'anxiété, à l'aise
1 anxiété légère
2
3
4 anxiété modérée, contenue.
5
6
7 état de panique sévère comme observé lors de délirium tremens ou de psychose aiguë

Agitation. Observation.
0 aucune
1 acitivité motrice légèrement augmentée
2
3
4 agitation modérée, activité motrice incessante, continue
5
6
7 état d'agitation motrice constant, mouvements d'avant en arrière durant la plus grande partie de l'interview.

Troubles tactiles. Demander : « Avez-vous des démangeaisons, des picotements, des fourmillements, des sensations de brûlure, une perte de la sensibilité tactile ou avez-vous l'impression que des petites bêtes se baladent sur ou sous votre peau ? ». Observation.
0 aucun
1 démangeaisons, picotements, ↓ sensibilité très légers
2 démangeaisons, picotements, ↓ sensibilité légers
3 démangeaisons, picotements, ↓ sensibilité modérés
4 hallucinations modérées
5 hallucinations sévères
6 hallucinations très sévères
7 hallucinations continues

Troubles auditifs. Demander « Etes-vous davantage conscient des bruits autour de vous ? Sont-ils désagréables ? Vous effraient-ils ? Entendez-vous certains bruits qui vous perturbent ? Entendez-vous des choses dont vous savez pertinemment qu'elles ne peuvent pas être entendues ? ». Observation.
0 aucun
1 bruits désagréables, effrayants, à peine audibles
2 bruits désagréables, effrayants très légers
3 bruits désagréables, effrayants modérés
4 hallucinations modérées à sévères
5 hallucinations sévères
6 hallucinations très sévères
7 hallucinations continues

Troubles visuels. Demander « La lumière vous semble-t-elle trop claire ? Sa couleur est-elle différente ? Vous fait-elle mal aux yeux ? Voyez-vous des choses qui vous troublent, vous dérangent ? Voyez-vous des choses dont vous savez pertinemment qu'elles ne peuvent pas êtres vues ? ». Observation.
0 aucun
1 sensibilité très légère
2. sensibilité légère
3 sensibilité modérée
4 hallucinations modérées à sévères
5 hallucinations sévères
6 hallucinations très sévères
7 hallucinations continues

Maux de tête, tête lourde. Demander « Avez-vous dans votre tête des sensations différentes ? Avez-vous l'impression qu'une bande serre votre tête ? » Ne pas prendre en compte de légers vertiges.
0 aucun
1 troubles très légers
2 troubles légers
3 troubles modérés
4 troubles modérés à sévères
5 troubles sévères
6 troubles très sévères
7 troubles extrêmement sévères

Désorientation dans le temps, l'espace et sur la personne. Demander « Quel jour sommes-nous ? Qui êtes-vous ? Qui suis-je ? »
0 orienté + capable de faire une série d'additions
1 incapable de faire une série d'additions et n'est pas sûr sur la date d'aujourd'hui
2 désorienté dans le temps (max. 2 jours)
3 désorienté dans le temps (plus de 2 jours)
4 désorienté dans l'espace et ou sur la personne.

Mode d'emploi du CIWA:

a) Pratiquer une alcoolémie avec l'éthylotest :

Si supérieure a 2,5‰ : ne pas administrer d'oxazepam et refaire le test une heure après et ainsi de suite jusqu'a obtenir une alcoolémie inferieure a 2,5‰, seuil pour débuter le traitement par oxazepam si le score CIWA le demande.

b) Faire un CIWA et agir en fonction du score :

- < 8 : donner à boire et surveiller en faisant l'index toutes les 6 heures pendant les 36 premières heures ou de façon plus rapprochée si la clinique y incite.
- ≥ 8 : donner 1 comprime d'oxazepam 15mg et refaire un CIWA 30 minutes après. Si le score reste supérieur ou égale a 8, redonner 15mg d'oxazepam et continuer ainsi de suite jusqu'a ce que le résultat soit inferieur a 8.

- ≥ 15 : donner 2 comprimés d'oxazepam 15mg d'emblée et refaire un CIWA 30 minutes après. Lorsque le score est redescendu en dessous de 8, refaire un CIWA 6 heures après et reprendre sur la base d'un comprime d'oxazepam 15mg toutes les 6h.
- Ajouter un point au score si : - le pouls est supérieur a 90/min -la TA est supérieure a 150 mm Hg pour la systolique.
- Veiller à l'hydratation et au confort du patient : cela peut baisser sensiblement le besoin d'oxazepam.

c) Administrer une vitaminotherapie B1 : Benerva^{R} cp 300 mg 1x/j.